

病例报告知情同意暨授权书

兰州大学第二临床医学院消化内科王祥主任医师团队获得
本[]可，将本病例用于食管结核的临床案例报道研究。

我已被告知该报道为回顾性研究，为了科研和教学目的，部分诊疗信息（病史、临床症状、体征、检验及检查结果）将被发表于医学杂志，并未提及个人信息，如：姓名、住址、身份证及病案号等。

本人自愿同意将本病例报道，并保证不存在任何经济或者物质利益，不涉及其他侵犯个人隐私。

患者签名：

2019年11月10日

作者签名：

19年11月10日

兰州大学第二医院

组织机构

病人类型: 兰州市医保;

住院病案首页

医疗付费方式: 01

健康卡号:

第 1 次住院

病案号:

姓名: 性别: 2 1.男 2.女 出生日期 1991年9月29日 年龄: 27岁 国籍: 中国
(年龄不足1周岁的) 年龄 月 新生儿出生体重: 克 新生儿入院体重 克

现住址: 户口地址: 工作单位: 联系人姓名:

入院途径 2 1.急诊 2.门诊 3.其他医疗机构转入 9.其他
入院时间 2019年4月10日 11:33 时 入院科别 消化内科二病房 52床 转科科别 无
出院时间 2019年4月22日 11:31 时 出院科别 消化内科二病房 52床 实际住院 12 天

门(急)诊诊断: 食管结核

疾病编码

| 出院诊断 | 疾病编码 | 入院病情 | 出院诊断 | 疾病编码 | 入院病情 |
|------------|-------------|------|-------|------|------|
| 主要诊断: 食管结核 | 8.800x014+K | 3 | 其他诊断: | | |
| 其他诊断: 肠结核 | 8.303+K93. | 3 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

入院病情: 1.有, 2.临床未确定, 3.情况不明, 4.无

损伤、中毒的外部原因 无

疾病编码 27233333

病理诊断 食管溃疡 疾病编码 K22.100 部位 食管 病理号 369149

病理诊断2 肉芽肿性结肠炎 疾病编码2 K50.101 部位2 末端回肠 病理号2 369552

病理诊断3 无 疾病编码3 W00 部位3 - 病理号3 12

药物过敏 1 1.无 2.有, 过敏药物: - 死亡患者尸检 3 1.是 2.否 3.1

血型 3 1.A 2.B 3.O 4.AB 5.不详 6.未查 Rh 2 1.阴 2.阳 3.不详 4.未查 规培医生 赵磊

科主任 张德奎 主治医师(主任/副主任) 王伟 主治医师 孔桂香 住院医师 赵磊

责任护士 韩伟 进修医师 实习医师 编码员 24

病案质量 1 1.甲 2.乙 3.丙 质控医师 孔桂香 质控护士 韩伟 质控日期 2019年4月22日

兰州大学第二医院 抗结核治疗知情同意书

结核病在我国是常见病，多发病，表现多种多样，错综复杂，一旦临床有结核感染的证据，或临床高度怀疑结核时，应及时采取抗结核治疗或诊断性治疗，否则会贻误病情，失去最佳治疗时机。有时病变非常隐蔽，表现极不典型，又无其他疾病证据，结核并不能排除时，可采取实验性抗结核治疗。

尊敬的患者，目前初步诊断您患有：食管结核

☐腹水原因待查 ☐结核性腹膜炎 ☐肠结核

拟进行

☒抗结核治疗 ☐诊断性(实验性)抗结核治疗

抗结核治疗潜在的风险和对策

有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的化疗方案根据不同患者及疾病状态有所不同。

- (1) 任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
- (2) 胃肠道刺激；
- (3) 肝、肾功能损害；
- (4) 血细胞减少；
- (5) 精神兴奋；
- (6) 步态不稳；
- (7) 麻木、针刺感、烧灼感、手足疼痛；
- (8) 视神经炎、视力模糊、视力减退；
- (9) 过敏反应；
- (10) 头痛；
- (11) 发热；
- (12) 呼吸困难；
- (13) 肌肉疼痛
- (14) 皮疹；
- (15) 周围神经炎；
- (16) 其他

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。



我已详细

患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

● 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

● 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。

医生：● 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

存在的可能性

我已详细阅读并完全理解上述内容 ☒ 同意 ☐ 不同意 抗结核治疗。

患者或授权亲属签名：_____

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

告知医师签名：_____

时间：2019年4月17日

上级医师签名：_____

时间：2019年4月17日

临床药师

临床药师